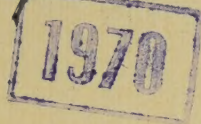


ANNEE 1970



## THESE

N<sup>o</sup>

153

POUR LE

## DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

**Jean-Pierre MIROUX**

Né le 5 février 1938 à Neuilly (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . 1970.*

**LE DECUBITUS VENTRAL DU NOURRISSON  
DU POINT DE VUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE**

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur



ANNEE 1969

**THESE**

N<sup>o</sup>

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

P A R

**Jean-Pierre MIROUX**

Né le 5 février 1938 à Neuilly (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

*PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : . . . . .*

**LE DECUBITUS VENTRAL DU NOURRISSON  
DU POINT DE VUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE**

Président : Mr. M. AUBRY, Professeur



A ma mère,

A mon père,

les docteurs Georges MIROUX.

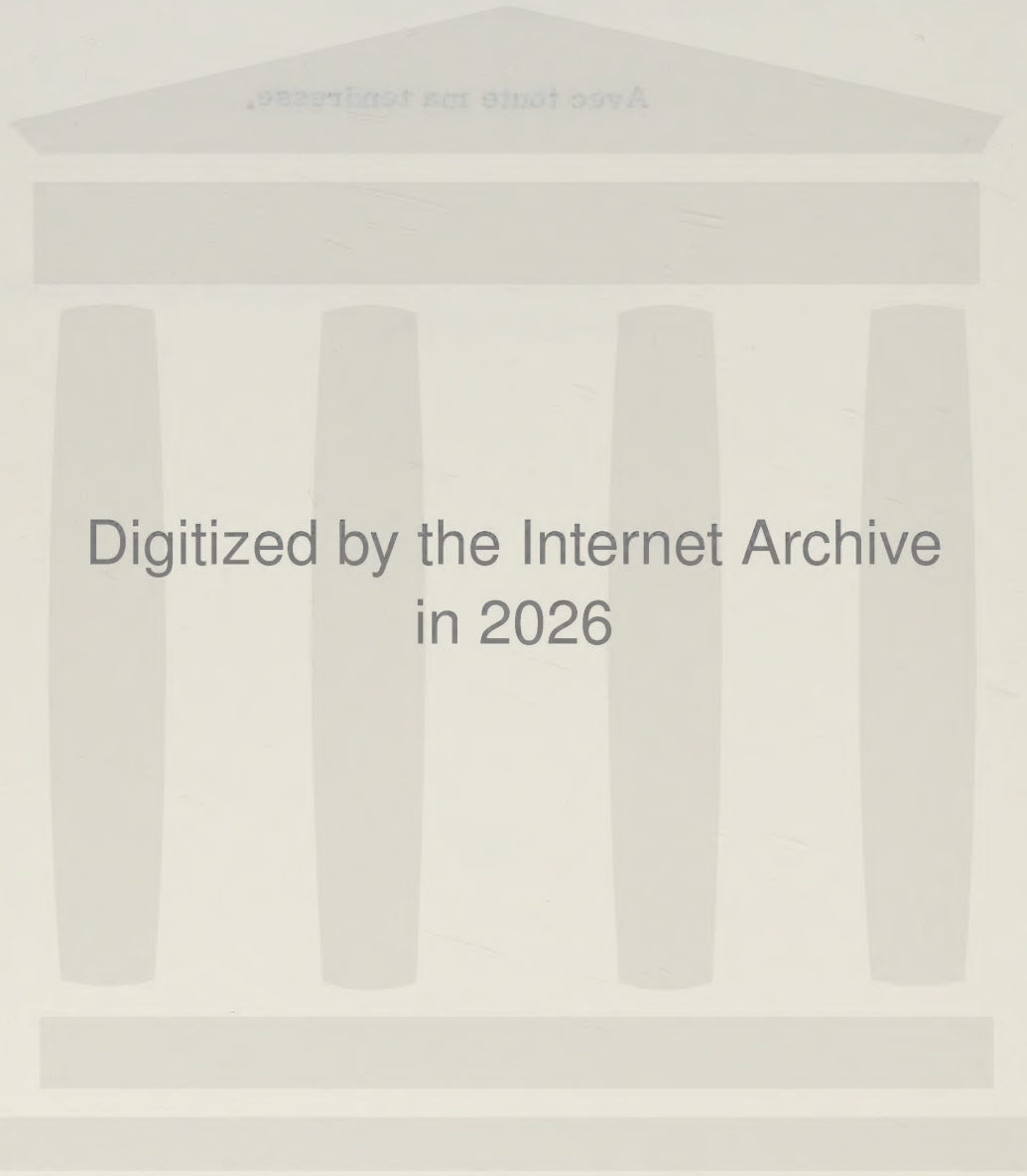
Avec toute mon affection et ma profonde  
reconnaissance.



A ma femme

A mon fils Cédric

Avec toute ma tendresse.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551504\\_0037](https://archive.org/details/IA41551504_0037)

A mes frères et soeurs

A Monsieur le Professeur M. AUBRY

A mon oncle

M. Jean GEORGIADES

A tous mes amis.

que je remercie d'avoir accepté la présidence  
de cette table.



A Monsieur le Professeur M. AUBRY

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

O. R. L. de l'Hôpital Lariboisière

que je remercie d'avoir accepté la présidence  
de cette thèse.



A Monsieur le Professeur J. BOURDIAL

Chevalier de la Légion d'Honneur  
Professeur au Collège de Médecine  
Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie des Hôpitaux de Paris

qui m'a fait le très grand honneur de m'apporter  
son précieux concours dans la rédaction de cette  
thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma très respec-  
tueuse gratitude.



A Monsieur le Professeur SERGENT

Maître de Conférence

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Professeur d'Oto-Rhino-Laryngologie à la Faculté de Médecine  
de Paris

qui m'a fait connaître dans son service les  
problèmes de l'oto-rhino-laryngologie de  
l'enfant.



A Monsieur le Docteur SIARDET

qui m'a initié à la technique chirurgicale O. R. L.



A Monsieur le Docteur NATALI

qui par son enseignement attentif participe  
à ma formation de spécialiste.

A Monsieur le Docteur RACHUREL, son assistant,

qui sait me faire bénéficier de sa vaste  
expérience.



A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur GERMAIN

Monsieur le Docteur DEMASSIEUX

Monsieur le Docteur BLATRIX



## INTRODUCTION

---

La très grande majorité des mammifères dort en décubitus ventral ou debout. Parmi les humains, 1/4 dort sur le côté, 1/4 sur le ventre et la moitié sur le dos, le nourrisson pour lequel le temps de sommeil est très important est placé, en France, alternativement d'un côté sur l'autre, le côté changeant théoriquement à chaque tétée.

Des pays très développés du point de vue hygiénique, tels que les USA et les pays nordiques ont adopté de façon courante le décubitus ventral pour les nourrissons.

Le décubitus ventral du nourrisson présente déjà des indications connues du grand public et très fréquemment décrites dans la presse médicale, il s'agit des indications digestives.

Nous pensons que celles-ci sont déjà suffisantes pour impliquer le décubitus ventral du nourrisson et d'autre part, nous y voyons de nombreux autres avantages, essentiellement O.R.L.

Ces avantages O.R.L. découlent de l'anatomie particulière du nourrisson quant à la sphère oto-rhino-pharyngée, qu'il s'agisse de la muqueuse du nez très facilement congestive, du nez très court, de la trompe d'Eustache béante et de la présence de végétations adénoïdes physiologiques, plus ou moins développées.

Nous allons essayer dans cette thèse de montrer les variations à tous ces niveaux que donnent les diverses positions de décubitus.



## I - DEFINITION

Il nous faut tout d'abord définir les diverses positions de décubitus :

- le décubitus latéral, dorsal et ventral.

### A - Le décubitus latéral :

Le nourrisson est placé sur le côté, les membres supérieurs fléchis.

La tête de l'enfant (et c'est la seule région que nous étudierons particulièrement) est couchée sur le plan du lit ou de l'oreiller.

Le plan sagittal de la tête faisant avec le plan du lit un angle ouvert en avant de  $30^{\circ}$  au minimum.

Si nous étudions alors chaque oreille séparément, nous constatons :

a) - que l'oreille la plus basse est située dans un plan oblique en haut et en avant de  $30^{\circ}$  au minimum, puisque l'axe de la caisse du tympan correspond à l'axe du plan sagittal de la tête.

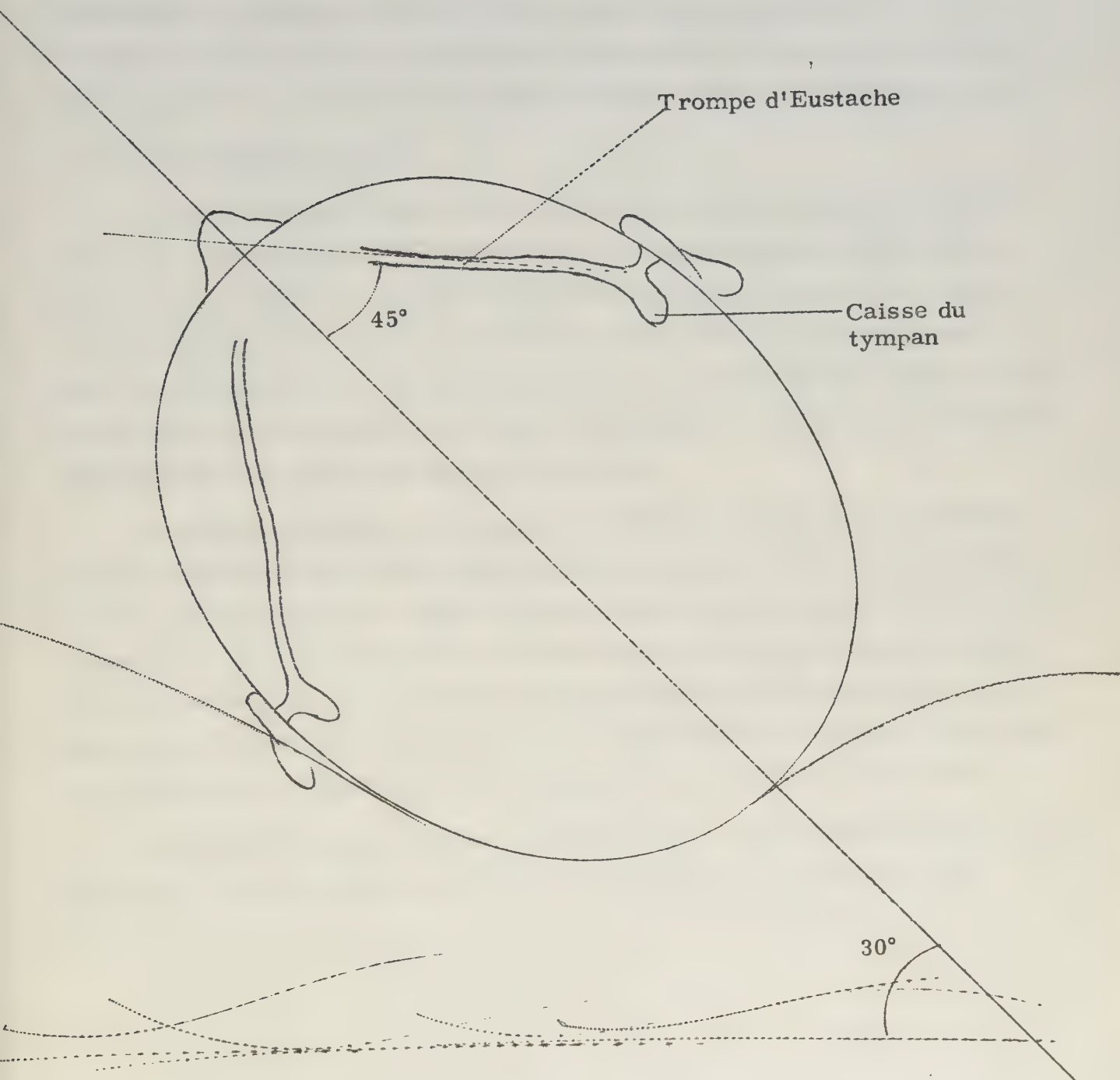
Celui de la trompe d'Eustache qui fait avec le plan sagittal un angle de  $45^{\circ}$  et avec le plan frontal un angle de  $45^{\circ}$  se trouve presque vertical.

b) - que l'oreille la plus haute est située dans le même plan que celui de l'oreille opposée, mais que le plan de la trompe d'Eustache est différent et se trouve dans un plan horizontal (voir schéma n°1)

### B - Le décubitus dorsal :

Dès que l'enfant posé sur le côté bouge, seul son coude le plus bas rencontre une résistance, il s'ensuit une rotation qui amène très rapidement un



SCHEMA N° 1

DECUBITUS LATERAL



décubitus dorsal. Le rhino-pharynx est alors dans un plan vertical ce qui est très important pour le voile du palais et les cornets. Chacune des trompes d'Eustache est oblique en arrière et en dehors faisant environ avec le plan horizontal un angle de  $45^{\circ}$ ; la caisse du tympan enfin devient presque verticale par son grand axe, et sa face postérieure devient inférieure. (Schéma n°2).

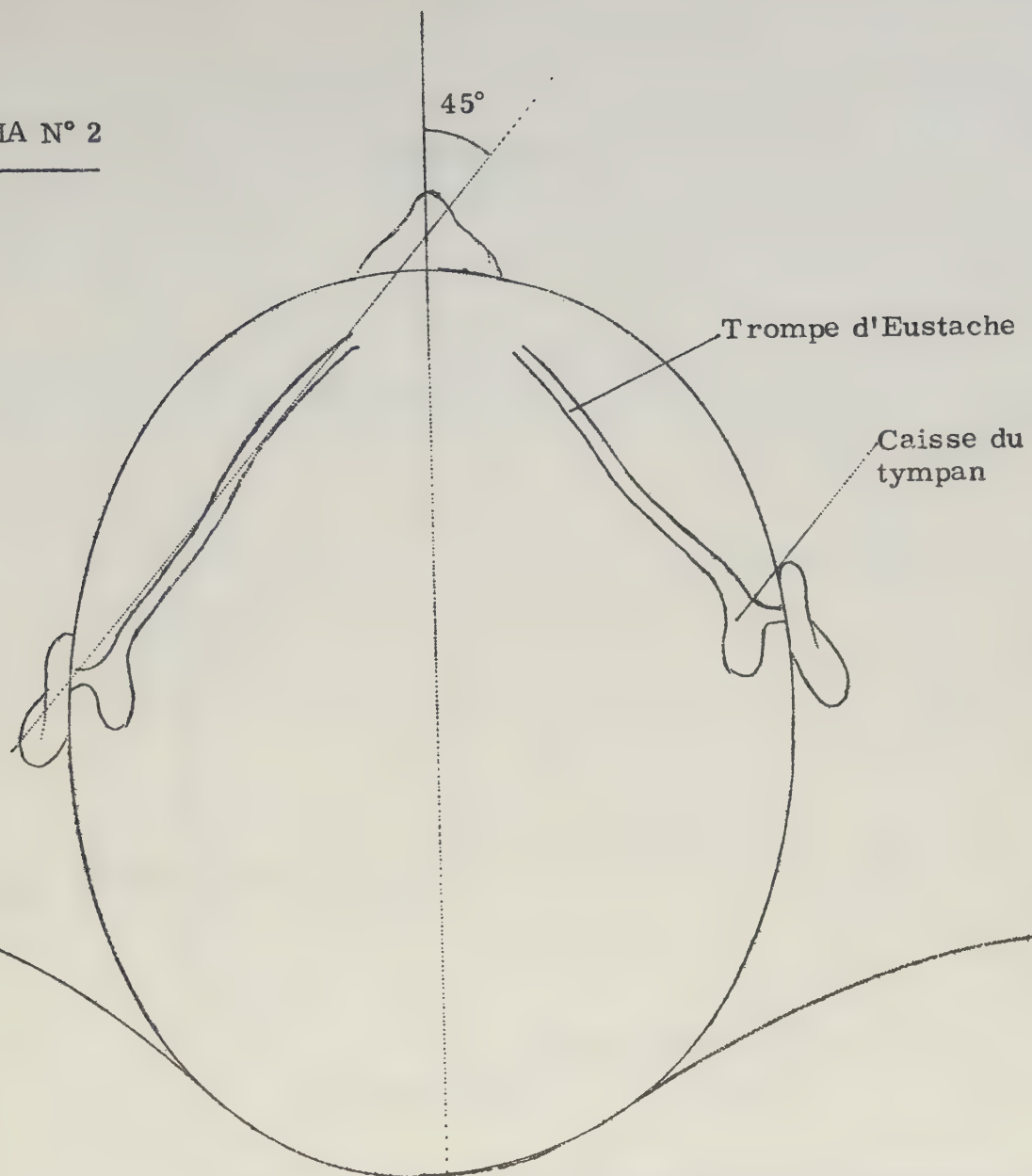
### C - Le décubitus ventral :

Le nourrisson est placé à plat sur le plan du lit sans oreiller de préférence, les bras de part et d'autre du corps, la tête se plaçant d'elle-même d'un côté ou de l'autre et son plan sagittal fait avec le plan du lit un angle ouvert en arrière d'environ  $30^{\circ}$ . Les obliquités des différents appareils font avec la position latérale une différence de  $60^{\circ}$  dans la déclivité, ainsi la trompe d'Eustache sous-jacente est presque horizontale, la susjacente presque verticale légèrement oblique en dedans et en avant.

La caisse du tympan a son grand axe oblique en avant et en bas de  $30^{\circ}$ , sa face antérieure est la plus déclive. Enfin dès que l'enfant remue et soulève sa tête, il la change de lui même de côté, restant très souvent la tête redressée en avant sur ses bras. Il est alors dans une position diamétralement opposée à celle du décubitus dorsal : l'axe du nez est légèrement oblique en bas et en avant, les trompes d'Eustache font avec le plan sagittal un angle de  $45^{\circ}$  et avec le plan frontal un angle variant avec le degré de redressement de la tête.

La caisse du tympan, dans une position plus ou moins verticale par son grand axe, sa face antérieure devient une face inférieure. (Schéma n°3).



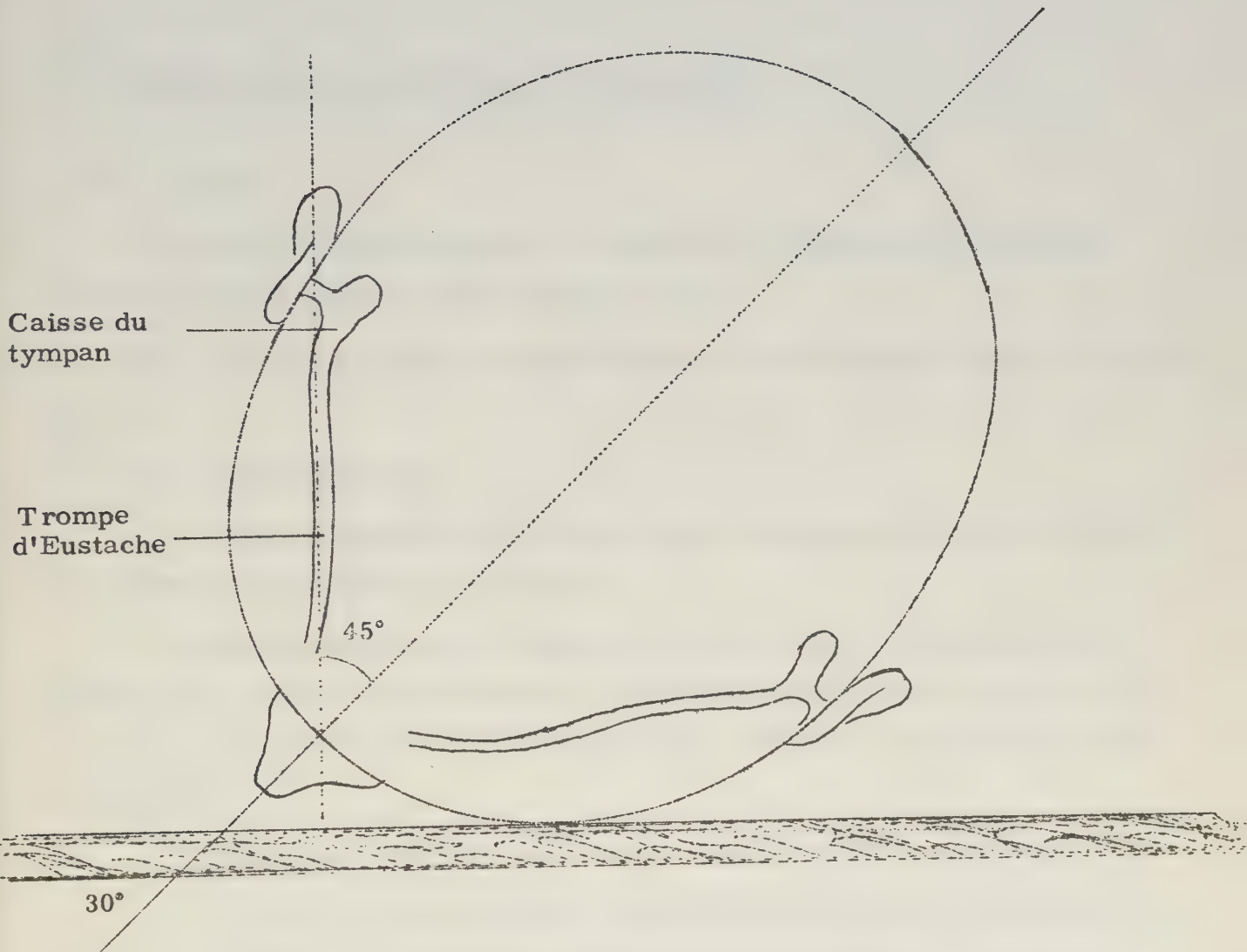
SCHEMA N° 2

DECUBITUS DORSAL



SCHEMA N° 3

---



DECUBITUS VENTRAL



## II - ANATOMIE PARTICULIERE DU NOURRISSON

### A - Le nez :

La cavité naso-pharyngienne se rapproche à la naissance de celle de certains animaux (singe ou chien par exemple).

Elle présente en effet 3 particularités qui la différencie de celle de l'adulte.

#### a) - A la naissance :

- longueur exagérée de la voûte qui est nettement plus étendue d'avant en arrière que le plancher, plus court,

- développement très faible de la hauteur de la cavité nasale et des choanes qui, au lieu d'être ovalaires à grand axe vertical sont presque circulaires et parfois même le diamètre horizontal, dépasse le vertical d'un demi-millimètre.

- inclinaison extrême de la surface sphéno-basilaire du cavum.

- les choanes : à ce moment, les fosses nasales peuvent être comparées à un tube étroit, court et peu perméable ou normalement le bord libre du cornet inférieur est au contact du plancher nasal.

#### b) - De la naissance à un an :

Le diamètre sagittal s'accroît si lentement que l'on peut le considérer comme stationnaire.

Le diamètre transversal ou frontal s'accroît très sensiblement surtout durant les six premiers mois de la vie. Le diamètre vertical croît lui



aussi très vite, au niveau des choanes on peut dire qu'il double en six mois. Mais la forme générale de ces choanes reste la même puisque ces deux diamètres se sont accrus dans des proportions analogues.

En résumé, dans l'ensemble chez le nourrisson le nez se présente comme une cavité étroite et l'on peut parler de canal naso-choanal plutôt que de fosses nasales. Il admet en effet à peine une grosse sonde, on conçoit dès lors que la moindre inflammation de la muqueuse puisse entraîner une gêne considérable de la respiration.

### B - La trompe d'Eustache

Elle présente trois particularités elle aussi.

a) - Elle est évidemment beaucoup plus courte surtout du fait de l'élargissement des fosses nasales et de l'augmentation du diamètre frontal des fosses nasales du nourrisson par rapport à celui de l'adulte.

b) - La trompe est rectiligne, l'isthme n'existe pas. Elle est béante.

c) - La troisième particularité touche l'orifice pharyngé. Chez le nourrisson, l'orifice de la trompe est plus antérieur et inférieur. Il affleure le plancher mou constitué par la portion mobile du voile du palais.

### C - Le cavum :

Le cavum du nourrisson présente deux particularités :

1 - Un tapis lymphoïde qui couvre la paroi postérieure latérale et supérieure formée par les végétations adénoïdes quant elles sont hypertrophiées. Ce tapis se présente soit :

- sous une forme diffuse étalée sur la voute et sur la paroi postérieure du cavum, la fossette de Rosenmuller, épargnant les pavillons tubaires, et la paroi antérieure du cavum ne s'insérant pas sur le bord postérieur du Vomer.

- soit une forme tumorale allongée dans le sens antéro-postérieur, formé de cinq ou six bourrèlets séparés par des sillons intermédiaires et convergeant plus ou moins vers une dépression médiane en cul de sac.



2 - La portion mobile du voile du palais est chez le nourrisson du fait de son infiltration physiologique, de son épaisseur, de ses dimensions, moins souple, moins mobile que celle de l'adulte.

oOo



### III - PHYSIOLOGIE

A - La muqueuse des cornets qui a pour rôle de réchauffer, d'humidifier et d'aseptiser l'air inhalé ne diffère pas de celle de l'adulte. La sous-muqueuse contient du tissu très vasculaire pouvant varier considérablement de volume lors des phénomènes de vaso-dilatation ou de vaso constriction.

Lorsque cette muqueuse s'hypertrophie de façon importante quelle qu'en soit la cause, elle peut relativement facilement obstruer complètement le défilé nasal étroit, laissant en vase clos toute la cavité nasale.

Un mode particulier de vaso-dilatation est constitué par la congestion spontanée et passive des queues de cornets.

B - Le rôle de la ventilation consiste non seulement à conditionner l'air inspiré mais aussi à s'opposer à l'infection, en limitant la turgescence de la muqueuse et en asséchant les sécrétions.

Une diminution de la ventilation entraînant une augmentation de l'infiltration de la muqueuse, voire son infection, une prolifération des végétations, entraînant encore une nouvelle diminution de la ventilation.

Cette ventilation sera gênée dans le temps inspiratoire essentiellement par la muqueuse des cornets, accessoirement, dans le temps expiratoire par les végétations et par le voile du palais qui peut en se plaquant contre la paroi postérieure du cavum limiter l'expiration.

C - Les végétations par leur hypertrophie obstruent très rarement les choanes ou le cavum et ceci est moins en rapport avec leur taille qu'avec la place qui leur est réservée.



En effet, de petits amas lymphoïdes peuvent être à l'étroit dans un cavum peu important, d'énormes végétations peuvent être supportées dans un cavum large.

Le rôle des végétations dans la pathologie O.R.L. est essentiellement celui de l'infection.

D - Les conséquences de cette gêne pour l'enfant sont importantes, il respire mal, la bouche ouverte, un air sec et froid. Il pleure, apportant un afflux de larmes qui contribue en décubitus dorsal à augmenter la gêne respiratoire, à améliorer le bouillon de culture déjà constitué.

oOo



#### IV - ARGUMENTATION

L'essentiel est donc de prévenir ce cercle vicieux, c'est ce que nous pensons faire en conseillant le décubitus ventral chez le nourrisson.

Quels sont tout d'abord les arguments contre cette position ?

La plupart des mères refusent le décubitus ventral par habitude ou parce qu'elles pensent que le nourrisson risque de s'étouffer. Elles voient moins bien son visage en partie masqué. Enfin, elles ne l'entendent plus, il pleure beaucoup moins.

Ces arguments pourraient être valables pendant les premières semaines de la vie du nourrisson, mais il faut les réfuter car il n'est pas possible d'attendre que cette période soit passée pour mettre le nourrisson sur le ventre, d'abord parce que durant cette période l'influence pathologique des autres positions s'est déjà manifestée, ensuite et surtout parce que, passé une certaine période, il ne sera plus possible de modifier le décubitus du nourrisson sans entraîner une contrainte et engendrer un traumatisme psychique chez l'enfant.

En fait les réticences maternelles dépendent surtout du fait d'aller à l'encontre de l'habitude, de renier le mode d'éducation des parents. Il est certain que tout changement en matière de puériculture est toujours difficile à imposer, c'est là le rôle du médecin. Il faut donc que celui-ci au moins soit convaincu.

Les risques d'étouffement sont nuls. Nous avons volontairement placé plusieurs nourrissons d'une quinzaine de jours en décubitus ventral, sur un duvet très épais et très mou. Les nourrissons ont d'abord été gênés pour res-



pirer puis très rapidement ils ont su ramener leurs mains ou leurs avant-bras sous leur bouche et respirer en s'appuyant sur eux.

Il est donc évident que sur un matelas normal surtout sans oreiller le problème de la gêne respiratoire ne se pose plus.

L'enfant pleure moins quand il est placé en décubitus ventral.

A cet âge, de la vie, les sensations élémentaires sont peu nombreuses et demandent à être satisfaites le plus souvent possible. Elles se limitent aux sensations abdominales, buccales, digitales, oculaires, accessoirement auriculaires.

a) - Un enfant qui pleure est calmé rapidement lorsqu'il ressent une impression de chaleur abdominale. La mère qui le prend dans ses bras obtient ce résultat en transmettant à son enfant la chaleur de son corps.

Un nourrisson que l'on replacera dans son lit en décubitus ventral retrouvera cette impression de chaleur, le matelas ayant conservé la chaleur propre du bébé.

Il en sera bien autrement en position dorsale, où une importante déperdition de chaleur existe, surtout si l'enfant est mouillé.

b) - Les sensations digitales sont satisfaites par le contact permanent du drap qui provoque, même chez le nouveau-né, des mouvements de flexion extension des doigts.

En position dorsale ou latérale, les bras fléchis du nouveau-né ne trouvent de contact qu'avec la bouche et même avec difficultés.

c) - Les sensations buccales en décubitus ventral sont elles aussi satisfaites d'une part, par le contact du drap que le nourrisson aime très vite machouiller, d'autre part par la succion très facile des doigts (plus souvent l'index que le pouce d'ailleurs).

En position dorsale, d'après les observations continues faites en crèche le nourrisson doit fournir un effort pour maintenir son pouce dans la bouche.



La perte de ce pousse, la disparition de cette sensation bucco-digitale peuvent entraîner une gêne, soit à l'endormissement, soit à la conservation du sommeil,

d) - Du point de vue auriculaire, il est probable enfin que l'enfant qui tourne de lui même sa tête même pendant son sommeil se crée des excitations labyrinthiques que ne peuvent ressentir les nourrissons bloqués en position latérale.

Ces éléments d'ordre psychologique intéressent essentiellement le nouveau-né dont la vie se passe en périodes de sommeil entrecoupées de brèves périodes de veille. Lorsque les sensations élémentaires ne sont pas satisfaites, elles peuvent entraîner des réveils plus fréquents et des pleurs.

Nous pensons que si le rôle physiologique d'humidification joué par les larmes est important, en position dorsale, leur trop grande abondance peut gêner les fonctions des fosses nasales et du cavum.

A l'encontre, en position ventrale, les larmes favorisent le drainage en s'éliminant facilement par les orifices nasaires.

On reproche encore au décubitus ventral de favoriser les hyperlordoses et c'est sans doute la seule objection qui trouve quelques arguments.

- une première cause de cette hyperlordose est fournie par l'oreiller, qui place le rachis de l'enfant dans une position très concave en haut, aussi il est très souhaitable de retirer cet oreiller et de placer le nourrisson sur un matelas relativement dur et très plat.

- une deuxième raison pouvant expliquer une éventuelle hyperlordose est la grande fréquence des mouvements de flexion et extension des bras du nourrisson se relevant en appui tendu; le bassin ne bougeant pas, la charnière de cette extension est lombaire.



Avant d'entreprendre la partie positive de cet exposé, soulignons que l'indication majeure et suffisante en soi pour justifier le décubitus ventral est constituée par la FAUSSE ROUTE facilitée par le décubitus dorsal. Fausse route de vomissements ou de régurgitations qui sont facilement inhalés par les voies aériennes.

Par contre, en décubitus ventral, les vomissements se répandent sur le lit et ne gênent ni la respiration, ni les pleurs et les cris qui alarmeront les parents.

Ceci a été longuement exposé dans de nombreux traités entre autres par,

- RIBEAUDEAU-DUMAS et VIGNES - Sténose lâche de la 3e portion du duodénum favorablement modifiée par la position abdominale chez le nourrisson.

B.M. Soc. Med. Hôp. Paris, 29 oct. 1940, n°3, 33-36, 531-583

- PERELMAN R. - Conduite à tenir devant un nourrisson vomisseur chronique.

Concours Med. 16 janvier 1965, 87, n°3, 335-340

- MORANDI BRANDI J.F., CAINO V. - Le traitement postural de la plicature gastrique chez le nourrisson.

Arc. Argent. Ped. 5buenos Aires), 1957, 47, n°1-2, 32-39



## PATHOLOGIE

---

Si les régurgitations très fréquentes du nouveau né n'ont pas toujours pour issue la fausse route, elles encombrent très souvent le rhino-pharynx et ceci quel que soit la mode de décubitus. C'est le devenir de cet encombrement rhino-pharyngé et des sécrétions de la muqueuse qui fera l'objet du développement suivant.

Le rhino-pharynx d'un nourrisson est encombré quelle qu'en soit la cause (régurgitation variation brusque de température, infection, pleurs).

Que se passe-t-il ?

A - Au niveau du nez :

a) - En décubitus dorsal :

Le nourrisson ne sait pas renifler. Tout au plus peut-il inhaler par le nez et par conséquent réaliser une fausse route avec ce qui obstruait le nez déterminant des accès de toux aboutissant souvent à des vomissements pouvant être source d'incidents graves.

Ceci se passe fréquemment lorsqu'un enfant est couché sur le dos sans avoir terminé "son rôle" et nombreux sont les nourrissons que l'on prend précipitamment cinq minutes après le repas au cours d'un accès de toux incoercible et de vomissements.

Les régurgitations sont d'ailleurs beaucoup plus fréquentes en position dorsale qu'en position ventrale.



L'explication en est donnée par la position du cardia par rapport à la poche à air gastrique :

En position ventrale le cardia est le sommet de la poche à air.

En position dorsale le cardia affleure le niveau liquide.

L'irritation produite par les liquides de régurgitation détermine une inflammation de la muqueuse qui diminue encore la perméabilité du "canal naso-choanal", les larmes augmentant encore son obstruction.

b) - En position ventrale on est surpris de voir dès le 4e, 5e jour le nourrisson moucher et répandre sur le lit une quantité très importante de régurgitations et mucosités. Les fosses nasales étant à nouveau perméables, la ventilation nasale assèche les muqueuses très congestives et tend à leur faire reprendre leurs dimensions primitives. Si l'enfant pleure, les larmes sont alors très utiles par le fait qu'elles favorisent le mouchage et le drainage du nez et aussi par le fait qu'elles diluent les sucs gastriques, diminuant ainsi leur action sur la muqueuse naso-pharyngée,

#### B - Au niveau du cavum :

Si la muqueuse des cornets est presque toujours responsable de l'obstruction nasale, le cavum, par la présence de végétations adénoïdes est lui presque toujours responsable de l'infection.

##### a) - En position dorsale :

La gêne respiratoire est plus importante, la ventilation du cavum se fait mal, l'enfant respire souvent par la bouche, le cavum est en vase clos. Les végétations adénoïdes constituent un tissu propice à l'infection. Sous l'influence des régurgitations plus ou moins septiques, elles prolifèrent, aggravant l'obstruction nasale et elles s'infectent provoquant des poussées d'adénoïdite, retentissant sur le fonctionnement tubo-tympanique.



Un autre élément vient augmenter encore ce processus : la portion mobile du voile du palais qui sert de plancher à l'orifice postérieur des fosses nasales, est moins mobiles à cet âge, moins souple.

Par ailleurs, par simple pesanteur, le voile a tendance à s'appliquer contre la paroi postérieure du cavum, diminuant ainsi la lumière de l'orifice postérieur des fosses nasales et mettant le nez hors du circuit de la respiration.

b) - En position ventrale, le nez étant plus perméable, la ventilation se faisant mieux, la muqueuse est plus sèche, moins congestive, la prolifération des végétations adénoïdes est plus lente et leur infection plus rare.

Enfin en position ventrale, le voile a tendance à se recliner en avant, augmentant la lumière de l'orifice postérieur des fosses nasales, favorisant d'une part la ventilation, d'autre part, l'expiration par voie nasale et par conséquent le mouchage.

#### C - L'orifice de la trompe d'Eustache :

Si la pathologie rhino-pharyngée est importante du point de vue pulmonaire, du développement trophique général, la pathologie de l'oreille plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte est due à l'orifice béant de la trompe d'Eustache, en forme d'entonnoir dirigé en haut, en arrière et en dehors et surtout situé au raz du plancher des fosses nasales chez le nourrisson.

##### a) - En position dorsale :

Toute infection ou écoulement muqueux venant du "canal naso-chonchal" tombe naturellement dans l'orifice de la trompe d'Eustache.

##### b) - En position ventrale :

L'orifice de la trompe d'Eustache n'est plus en position déclive par rapport au plancher des fosses nasales et une éventuelle présence de mucus ou de pus ne risque de s'y déposer que s'il est en quantité très abondante.

Enfin l'angulation de l'orifice de la trompe d'Eustache avec la paroi du cavum permet de concevoir le principe de pompe à vide réalisé lors du



mouchage ou de l'éternuement. Nous avons vu que le mouchage était plus fréquent en position ventrale.

#### D - La trompe d'Eustache

C'est un conduit béant à cet âge.

##### a) - En position dorsale :

Le rôle des cils vibratiles qui rejettent les mucosités ou le pus de l'oreille vers le nez est insuffisant pour empêcher les particules pathologiques qui tombent dans l'orifice de la trompe d'Eustache, de gagner la caisse du tympan.

##### b) - En position ventrale :

La trompe d'Eustache située à la partie supérieure est presque verticale, le phénomène inverse se produit. L'autre est presque horizontale et les cils vibratils s'ils ne permettent pas un drainage parfait, du moins diminuent la progression du pus vers la caisse du tympan et, lorsque le nourrisson tournera la tête, le drainage se fera normalement;

#### E - La caisse du tympan :

Son grand axe nous l'avons vu est sagittal, son recessus ou plancher est presque horizontal. Le siège de l'infection variera différemment selon la position du nourrisson.

##### a) - En position dorsale :

Les sécrétions vont s'accumuler sur le plan postérieur de la caisse du tympan. Celle-ci ne présente qu'un orifice d'évacuation l'additus ad antrum communiquant avec l'antre, cavité close, d'où la fréquence plus grande des antrites chez un nourrisson en position dorsale.

##### b) - En position ventrale :

Si une infection vient à gagner la caisse du tympan, le pus va s'accumuler dans la région la plus déclive où débouche, dans cette position, l'orifice supérieur



de la trompe d'Eustache qui permet un drainage, et par conséquent il est logique de penser que les complications des otites seront plus rares.

Il convient de remarquer que pour l'antre, la caisse du tympan, la trompe d'Eustache ainsi que pour les cavités rhino-pharyngées, les déclivités successives dans le cas de la position ventrale par suite des mouvements de la tête ont une résultante nettement antérieure, alors que dans le décubitus latéral ou dorsal on ne rencontre jamais un axe oreille nez, dépassant l'horizontale, le pire étant réalisé en décubitus dorsal.

oOo



## CONCLUSION

---

1 - La priorité donnée actuellement à la position dorsale ou latérale chez le nourrisson à notre avis est une erreur à corriger.

Elle est anti-physiologique car elle place en position déclive les fosses nasales, le cavum, l'orifice tubaire. Elle gêne la ventilation en aggravant l'obstruction par congestion passive des queues de cornets et en déplaçant en arrière le voile du palais mobile qui s'accole à la paroi pharyngée postérieure. Elle transforme le canal naso-choanal en vase clos prédisposé à l'infection sous l'influence des sécrétions septiques et des régurgitations alimentaires.

Elle expose au remplissage passif de l'orifice de la trompe d'Eustache par ces sécrétions qui ont tendance à gagner la caisse du tympan, et à déterminer des accidents aigus auriculaires ou antraux.

2 - Il importe donc de placer ce nourrisson dans de meilleures conditions pour lui permettre de se défendre et d'éviter ces complications.

Le décubitus ventral est à notre avis l'un des éléments qui tendent à ce but et qui est le plus facile à réaliser.

Une telle position favorise le drainage des fosses nasales, permet un meilleur assèchement des sécrétions, diminue la congestion des cornets, et sans doute exerce une influence favorable sur la prolifération des végétations.

Par voie de conséquence et du fait de sa situation non déclive, l'appareil tubo tympanique est moins exposé à la greffe infectieuse.



### 3 - Le problème se pose à deux niveaux différents :

- l'information du médecin de famille qui, nous l'avons souvent constaté, ne sait pas réfuter les objections telles que les risques d'étouffement, ne connaît pas les avantages que procure la déclivité de tout l'axe oto-rhino-pharyngé, ni la logique de l'infection de toute cette sphère placée dans une obliquité inverse.

D'autre part, la connaissance d'arguments qui sauront convaincre les mères de placer leur enfant dans une position qui au départ les effraient et qui surtout affolle les grands mères et leur génération.

L'éventail de ces arguments s'étendra de ceux qu'elles connaissent plus ou moins mais qu'elles savent importants tel que celui de la fausse route dont un exemple récent a tristement défrayé la chronique à ceux d'ordre esthétique tel que l'absence de tonsure, la distribution harmonieuse de la chevelure du nourrisson sur le ventre qui ne frotte pas constamment la partie postérieure de sa tête sur l'oreiller. Les arguments du domaine psychologique ou morphologique devront s'efforcer de séduire les parents.

Le but de cette thèse est de convaincre le lecteur de l'intérêt du décubitus ventral et de son inocuité. Les avantages d'une telle position dont nous nous sommes efforcés de préciser les raisons logiques ont été confirmés par l'expérience des USA qui dans ce domaine sont loin de l'expérimentation.



Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. M. AUBRY

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer  
Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE





